

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

33

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Harry OLIVENBAUM

Né le 7 septembre 1905, à Botosani (Roumanie)

LE TRAITEMENT

DES

DYSPEPSIES INTESTINALES

PAR L'ASSOCIATION

DES

EXTRAITS PANCRÉATIQUE ET GASTRIQUE

Président : M. LOEPER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Harry OLIVENBAUM

Né le 7 septembre 1905, à Botosani (Roumanie)

LE TRAITEMENT

DES

DYSPEPSIES INTESTINALES

PAR L'ASSOCIATION

DES

EXTRAITS PANCRÉATIQUE ET GASTRIQUE

Président : M. LOEPER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
A anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 N. Physiologie.
 AUBERTIN. . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 BROCCQ . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HAZARD . . . Pharmacologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUGUENIN. . Anatomie pathologique.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MILLOT . . . Histologie.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOREAU. . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. . . . Physiologie.
 SANNIÉ . . . Chimie biologique.
 SÉZARY . . . Dermatologie et Syphiligraphie
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.
 VIGNES. . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT. . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . Obstétrique.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie
 RETTERER . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI . . . Clinique médicale.
 CHIRAY . . . Clinique médicale.
 DEBRÉ . . . Clinique médicale
 DUVOIR . . . Clinique médicale.
 FIESSINGER. Clinique médicale.
 LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique mé-
 dicale.
 BASSET . . . Clinique chirurgicale
 CHEVASSU. Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MATHIEU . . Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
 PROUST. . . Clinique chirurgicale
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale
 LE LORIER . Clinique chirurgicale.
 LEVY-SOLAL. Clinique obstétricale.
 METZGER . . Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Education physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Dont la vie, toute de labeur et de
dévouement, sera toujours pour moi
le meilleur des exemples. Modeste
hommage de ma profonde recon-
naissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MA TANTE CLARA IMMERDAUER

*Qui fut pour moi la plus affec-
tueuse des mères.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

*Pour le grand honneur qu'il nous
a fait d'accepter la présidence de
notre thèse. Hommage de notre
reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE .

MONSIEUR LE DOCTEUR L. FOURNIER

Médecin des Hôpitaux

Hommage de respectueuse reconnaissance pour la particulière bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL THOMAS

*Hommage de notre respectueuse
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HAGENAU

Hommage respectueux.

Introduction

Il paraît évident que la dyspepsie, terme général désignant les phénomènes anormaux de l'estomac, dans l'acte de la digestion, puisse relever de l'exaltation ou de la déficience de divers actes physiologiques, qui contribuent à la digestion gastrique. Pour expliquer les symptômes pathologiques de la dyspepsie, on a incriminé tour à tour la lésion histologique, la lésion du système nerveux, la motricité, le chimisme gastrique.

Les travaux du Professeur Hayem, sur l'amyrase du suc gastrique, ont donné sans conteste des aperçus nouveaux du problème.

Dans les *Archives des maladies du tube digestif* de juin 1923, MM. Simici et Vuiolesco concluaient que l'hypersécrétion permanente ne peut plus être considérée comme une entité morbide, mais comme un phénomène pathologique accompagnant quelques maladies de l'estomac.

Dans la première partie de ce travail nous envisagerons à la lumière des travaux des physiologistes français et étrangers l'aspect scientifique du problème.

Dans la deuxième partie nous envisagerons la thérapeutique que l'on peut appliquer.

Nous livrerons ensuite les observations déjà recueillies, premières espérances, dans une voie qui nous semble digne de l'intérêt que lui portent ceux qui s'y acheminent.

LE TRAITEMENT
DES
DYSPEPSIES INTESTINALES
PAR L'ASSOCIATION
DES
EXTRAITS PANCRÉATIQUE ET GASTRIQUE

Physiologie de la digestion.

Le but des fonctions digestives est de transformer les matières empruntées à l'extérieur de façon à les rendre aptes à passer dans l'économie, à être absorbées et portées dans le torrent de la circulation, pour repérer les organes et entretenir les fonctions (production de chaleur et d'énergie), en d'autres termes, pour le maintien du *statu quo* de l'organisme développé et l'accroissement de cet organisme tant que son développement est incomplet. Donc, nous savons quel est le but de la digestion. Des liquides à action chimique puissante, les sucs digestifs, transforment les matières alimentaires de façon à les rendre absorbables et assimilables. La digestion consiste donc en une série d'actions chimiques.

Il s'y ajoute des actions mécaniques concomitantes qui font passer d'une cavité digestive dans une autre les matériaux plus ou moins modifiés.

Les sucs digestifs agissent au moyen de ferments. A chaque classe d'aliments correspond une catégorie de ferments dont nous devons étudier l'action. Ainsi les substances amylacées subissent l'action de l'amylase de la salive, et de celle du suc pancréatique; les sucres alimentaires, comme la lactose et la saccharose sont dédoublés dans l'intestin par la lactase ou par la sucrase; les graisses sont transformées par la lipase pancréatique; les matières albuminoïdes par la pepsine du suc gastrique et par la trypsine du suc pancréatique.

La sécrétion de ces divers ferments est provoquée par des excitations diverses; mais chaque glande paraît posséder un excitant particulièrement efficace, sinon absolument spécifique; tels sont les extraits de viande pour les glandes gastriques, tels sont les acides pour le pancréas. Ces substances agissent soit par un mécanisme nerveux soit par un mécanisme humoral, ou bien, en effet, elles agissent d'une façon élective sur les terminaisons nerveuses sensibles des muqueuses stomacale ou duodénale, produisant par voie réflexe des excitations sécrétoires; il y a donc lieu de constater ici une excitabilité spécifique des terminaisons sensibles d'une muqueuse donnée; ou bien elles déterminent dans une muqueuse la formation d'une substance qui provoque la sécrétion par une action directe sur l'épithélium glandulaire: c'est le cas de

la *sécrétine*, substance formée dans la muqueuse duodénale sous l'influence des acides, qui passe dans le sang pour arriver au pancréas et en exciter la sécrétion ; on a donc affaire dans ce cas à une excitabilité spécifique d'un épithélium glandulaire.

D'autre part, il y a une relation étroite entre la sécrétion des sucs digestifs et la nature de l'alimentation.

Le travail des glandes digestives s'adapte à la nature et à la quantité des aliments. Deux ordres de faits le prouvent :

Quand des aliments durs et secs sont offerts à la mastication, la sécrétion salivaire est abondante ; au contraire quand les aliments sont riches en eau, la salive est sécrétée en moindre quantité. De même, le suc gastrique est sécrété en plus ou moins grande abondance suivant que les repas consistent surtout en viande, pain ou lait ; le suc de viande étant le plus abondant et le plus acide, grâce à cette quantité d'acide, les fibres de la viande sont aisément dissociées, ce qui rend l'attaque du ferment protéolytique beaucoup plus facile ; le « suc de pain » contient plus de pepsine, l'albumine végétale du pain étant plus difficile à digérer, que l'albumine animale. Ainsi, non seulement à chaque aliment correspond un travail approprié des glandes digestives, mais à chaque mode d'alimentation correspond un type de sécrétion qui s'est établi progressivement et persiste plus ou moins longtemps quand le régime vient de changer. Cette sorte de plasticité physiologique des glandes

constitue un fait des plus remarquables, qui doit être rapproché des autres faits connus d'adaptation organique, relatifs surtout aux systèmes osseux et musculaire.

La question s'est posée de savoir si les ferments digestifs ne sont pas aidés dans leur action par les ferments figurés. Les bactéries du tube digestif sont très nombreuses chez tous les animaux (sauf chez les fœtus, dont l'intestin est dépourvu de microbes) ; beaucoup de ces bactéries produisent des ferments qui agissent sur les matières alimentaires comme ceux des sucs digestifs. On pouvait donc se demander si les bactéries ne jouent pas un rôle très utile à la digestion.

Les différentes étapes de la digestion.

Le bol alimentaire arrive dans l'estomac, y est presque entièrement divisé ; en outre toute la partie albuminoïde y subit des transformations profondes ; puis les mouvements de l'estomac en chassent le contenu dans le duodénum ; là, des glandes importantes que nous connaissons, le pancréas et le foie, déversent des produits de sécrétion dont l'action, combinée à celle du suc sécrété par les glandes intestinales elles-mêmes, donne lieu à la digestion intestinale.

Après avoir vaguement parlé de fermentations digestives, les anciens physiologistes s'étaient surtout arrêtés à l'idée que la digestion consiste en des actes mécaniques produisant une sorte de trituration des aliments.

Réaumur établit que la digestion est essentiellement un acte chimique. Ses expériences furent confirmées par celles de Speellanzoni qui se procura du suc gastrique en faisant avaler aux animaux de petites éponges qu'il retira et exprima ensuite ; avec le liquide ainsi obtenu, il fit des digestions artificielles *in vitro*.

Le rôle chimique du suc gastrique étant établi, les physiologistes furent amenés à ne considérer la digestion que comme un acte stomacal, à faire jouer tout le rôle digestif au suc gastrique. Il était réservé aux physiologistes modernes et notamment à Claude Bernard, de montrer qu'il n'y a qu'un seul liquide digestif, qu'une seule digestion, mais que, outre celle qui se passe dans l'estomac et qui n'est que le début de la série, il y a encore une digestion pancréatique et une intestinale. En même temps les pathologistes ont reconnu qu'il n'y a pas une seule dyspepsie, la dyspepsie gastrique, mais aussi des dyspepsies d'origine intestinale.

Mode d'action des diastases.

Comment, par quel mécanisme, s'accomplissent dans les cellules les réductions, les oxydations et toutes les autres réactions qui s'y passent ?

La question se pose d'autant plus qu'il faut recourir à des agents énergiques pour réaliser ces opérations chimiques *in vitro*.

Attribuer tout le travail chimique des éléments vivants à des « propriétés » de ces éléments, c'est dissimuler le problème sous un mot.

Aujourd'hui nous connaissons entre les cellules et leurs diverses opérations chimiques des intermédiaires, véritables instruments de coopération ; ce sont les ferments solubles ou diastases.

De la considération des propriétés caractéristiques des diastases on a tiré quelques notions sur leur mode d'action. En effet, comme ces agents ne paraissent pas s'épuiser au cours de leur action et comme par rapport à leur masse extrêmement faible ils produisent un effet infiniment grand, on les a rapprochés des agents catalytiques ; ceux-ci sont des corps qui, par leur seule présence, modifient la vitesse d'une réaction ; l'acide sulfurique qui transforme l'amidon en

glycose et se retrouve totalement à la fin de la réaction, la mousse de platine qui détermine l'union de l'oxygène et de l'hydrogène à la température ordinaire, etc., sont de tels agents.

Ces actions de catalyse sont soumises à des lois générales qui, dans l'état actuel de nos connaissances sur les fermentations, s'appliquent à celles-ci.

Nous savons comment le platine colloïdal opère l'inversion de la saccharose et hydrolyse le butyrate d'éthyle. Son action lipasique est réversible, c'est-à-dire qu'avec de l'alcool et de l'acide butyrique il peut faire synthétiquement du butyrate d'éthyle. Il peut donc agir comme une oxydase, comme une lipase et comme l'invertine.

D'autres métaux en solution colloïdale se comportent de même.

De tous ces faits, nous avons conclu qu'il existe des ferments inorganiques ; ce sont des corps qui exercent des actions de présence, qui opèrent par catalyse.

Nous allons classer les diastases suivant les réactions qu'elles provoquent, en *hydratantes*, *déshydratantes*, *oxydantes*, et *coagulantes*.

Rôle de la bile dans la digestion.

Le rôle digestif de la bile tient à ce que ce liquide renforce l'action des ferments pancréatiques ; la valeur de l'amylase et celle de la trypsine sont à peu près doublées et celle de la lipase est encore beaucoup plus augmentée. De plus la bile, par ses alcalis, émulsionne les graisses.

Action digestive.

Nous savons que les deux liquides, la bile et le suc pancréatique, coopèrent à la digestion des graisses. Au rôle digestif de la bile on peut rattacher son rôle dans l'absorption.

Les expériences de Claude Bernard et celles de Dastre sur les animaux porteurs d'une fistule biliaire démontrent cette influence.

La bile a la propriété de dissoudre les acides gras, non seulement par ses sels spéciaux, mais aussi par les colloïdes qu'elle contient et tout particulièrement par sa pseudo-mucine ; d'ailleurs les dilutions colloïdales, autres que la bile, présentes dans le liquide

intestinal, ont aussi le pouvoir de dissoudre les acides gras et la dissolution de ces corps rend possibles entre eux et les cellules intestinales des échanges qui hors de cette condition ne s'accompliraient point.

Action antiseptique.

Si la bile se putréfie aisément, toujours est-il qu'en milieu acide elle résiste, au contraire, à la putréfaction ; bien plus, elle empêche celle-ci. Or, le contenu du duodénum et de près de la moitié de l'intestin grêle, présente une réaction acide, réaction due à l'acide chlorhydrique du chyme. Il est probable que dans ces conditions, la bile exerce une action antiseptique dont l'importance varie sans doute avec l'acidité du contenu intestinal.

Rôle excrémentitiel de la bile.

La bile est une de ces sécrétions que l'on a jadis qualifiées d'excrémento-sécrémentitielles. Nous savons qu'elle est en partie résorbée dans la circulation entéro-hépatique avec les fèces ; la bile constitue aussi, par conséquent, un liquide d'excrétion ; ce sont surtout les pigments biliaires qui s'éliminent. Mais à leurs dépens se forme dans l'intestin l'urobiline qui est résorbée et passe par les reins.

Quant aux sels biliaires, on n'en trouve point dans les fèces, on n'en trouve déjà plus d'ailleurs au delà des premières parties de l'intestin grêle ; ils sont dédoublés dans l'intestin en leurs éléments, acide cholalique d'une part, glycol et taurine, d'autre part ; on constate la présence de ces dernières dans l'intestin grêle, mais non dans les fèces, sauf en quantité insignifiante, et on retrouve l'acide avec ses dérivés dans le gros intestin et dans les fèces ; mais ce n'est qu'une petite partie de l'acide qu'on retrouve ainsi, à peine 10 %.

Le dédoublement des sels biliaires serait dû à l'action des micro-organismes intestinaux ; chez les fœtus, dont l'intestin ne contient point de microbes, on trouve les acides biliaires en nature dans le méconium.

Les maladies par insuffisance d'action des diastases.

Nous avons vu que la digestion intestinale apparaît comme l'aboutissant d'un ensemble d'actes moteurs, sécrétoires, microbiens et d'absorption intimement associés et placés sous l'étroite dépendance des centres nerveux, principalement des centres organo-végétatifs.

Qu'une lésion ou même un simple trouble fonctionnel intéresse, directement ou par voie réflexe, l'un des organes digestifs, la succession régulière des phénomènes de la digestion intestinale est aussitôt compromise. Alors surviennent, selon la nature de l'agent perturbateur et la durée de son action nocive, des troubles de gravité progressive, d'abord de simples insuffisances digestives avec décomposition incomplète des ingesta et modification des selles, ensuite des phénomènes de dénutrition, enfin, dans les cas plus sérieux, des processus d'auto-infection et surtout d'auto-intoxication dus aux poisons putréfactifs, au chyme mal transformé et secondairement, aux toxines microbiennes.

C'est l'expression clinique de tous ces désordres

qui constitue les dyspepsies intestinales. Par analogie avec la dyspepsie gastrique, la dyspepsie intestinale doit, à notre avis, englober, en outre des troubles sécrétoires bilio-pancréatiques ou autres de l'intestin, toutes ses perturbations motrices et nerveuses.

Ces éléments sécrétoires microbiens, moteur, nerveux, auxquels s'ajoute encore un élément statique dépendant de la disposition anatomique du tube digestif, s'associent, dans des proportions différentes et variables, pour constituer les divers aspects des dyspepsies intestinales.

Leurs causes.

Un grand nombre de maladies peuvent provoquer des dyspepsies intestinales.

Il faut citer avant tout les affections de l'appareil digestif et des glandes annexes. Différentes affections de la bouche et du pharynx peuvent retentir sur la digestion intestinale, grâce aux difficultés d'alimentation et à l'infection digestive qu'elles entraînent ; tel est l'effet d'une dentition défectueuse, des rhinopharyngites, des sinusites chroniques, des végétations adénoïdes.

L'expression clinique de la dyspepsie varie selon ces causes ; chez les hypochlorhydriques, anachlorhydriques et achyliques c'est la diarrhée, chez les hyperchlorhydriques c'est la constipation ; les malades atteints de stercose ou de cancer du pylore ont des

selles rares, ceux dont le pylore est insuffisant ont des selles fréquentes. Certaines affections chroniques de l'abdomen, telles que l'appendicite, la hernie épigastrique, les hémorroïdes, se compliquent assez souvent de troubles fonctionnels intestinaux.

La plus fréquente d'entre elles, la dyspepsie appendiculaire, intéresse à la fois l'estomac et l'intestin. Elle se manifeste par de l'anorexie, des nausées, des douleurs plus ou moins violentes survenant 3-4 heures après les repas ; constipation, diarrhée permanentes ou alternées. La formule coprologique est assez souvent celle de la dyspepsie cœcale.

Les entérites banales ou spécifiques se propagent de la muqueuse au système nerveux intestinal, déterminant des entéro-névrites qui se manifestent par des troubles fonctionnels chroniques de l'intestin.

Toutes les affections du foie se compliquent de dyspepsie intestinale, mais le syndrome coprologique caractéristique existe surtout quand la fonction biliaire est troublée.

Nous avons vu que les affections d'autres organes que ceux de la digestion peuvent également entraîner des dyspepsies intestinales. C'est ainsi que, dans les cardiopathies, les troubles fonctionnels de l'intestin ne sont pas rares. Les mitraux à la période de compensation souffrent de dyspepsie flatulente et douloureuse, avec alternative de constipation et de diarrhée.

Les névropathies se compliquent de troubles fonctionnels de l'intestin dès qu'apparaît l'insuffisance rénale.

Les affections génitales se compliquent souvent de troubles intestinaux.

Les grandes infections chroniques, tuberculose et syphilis, sont assez souvent la cause de dyspepsies intestinales.

La dyspepsie intestinale peut encore être due aux lésions des glandes endocrines, surrénales et thyroïde notamment.

Enfin, les maladies nerveuses provoquent fréquemment des dyspepsies intestinales; ainsi le tabès dont les complications intestinales, diarrhée prémonitoire et crises entéralgiques sont bien connues.

A côté de toutes ces dyspepsies intestinales secondaires à des affections du tube digestif ou des principaux organes, doit-on faire une place à une dyspepsie idiopathique ou primitive, due à la prédisposition constitutionnelle et déclenchée par des agents occasionnels, tels que le froid, l'alimentation défectueuse, la tachyphagie, le surmenage ?

On peut admettre cette forme, mais comme un groupe d'attente, provisoire, que les études ultérieures ne pourront que dissocier.

Leurs effets.

En premier lieu il faut citer les diarrhées des dyspepsies gastro-intestinales.

Les diarrhées des dyspepsies gastro-intestinales se caractérisent par leur longue durée et aussi par leur

gravité, car elles retentissent assez vite sur divers organes et sur l'état général.

L'une des mieux étudiées, la diarrhée d'origine gastrique, est consécutive aux troubles gastriques sécrétoires ou sensitivo-moteurs. Fréquente dans l'hyperchlorhydrie et dans la dilatation atonique (Loeper), elle se manifeste dès la fin des repas, par un flux liquide abondant, non accompagné d'ordinaire de coliques. Plus rare, au contraire, dans l'hyperchlorhydrie, elle survient la nuit, au point du jour, s'accompagne de coliques et affecte rapidement l'équilibre nerveux des malades.

L'insuffisance pancréatique compte aussi parmi ses manifestations habituelles une diarrhée spéciale ; les selles sont au nombre de 3-4. Ici, l'analyse coprologique est un procédé d'exploration nécessaire, le seul capable de mettre en évidence la non digestion des trois catégories d'aliments, l'absence de ferments pancréatiques et d'établir la distinction, si importante au point de vue diététique, entre les diarrhées de fermentation et de putréfaction.

Les constipations.

L'insuffisance d'action des diastases provoquent parmi ses effets la constipation d'origine dyspeptique. L'insuffisance des sucs digestifs sécrétés par les glandes intestinales ou les glandes annexes, particulièrement de la sécrétion duodénale (sécré-

tine), est une cause fréquente de la constipation.

Elle intervient au cours des infections, des maladies générales, diabète, ou à la suite de la déshydratation de l'organisme par la sudation exagérée, la diarrhée profuse ou la polyurie. Enfin, les troubles gastriques, hyperchlorhydrie, ulcus, ptose et dilatation, s'accompagnent aussi de constipation. Une digestion trop complète, portant principalement sur les aliments riches en cellulose, une absorption trop intense, enlèvent aux matières une trop grande proportion de leur partie liquide et entraînent ainsi la constipation.

Leurs symptômes.

Il n'existe pas, entre les dyspepsies intestinales, des différences cliniques aussi nettes et significatives qu'entre les dyspepsies gastriques. Une observation attentive, que nous avons faite, nous montre cependant certains symptômes ou même certains types symptomatologiques.

Tantôt les douleurs intestinales prédominent. Sujets aux aigreurs et aux brûlures gastriques, ces malades sont souvent, comme le démontre l'analyse chimique du repas d'épreuve, des hyperchlorhydriques caractérisés.

Tantôt nous avons les anomalies des selles, avec les inconvénients qu'elles comportent et qui retiennent l'attention du malade. Nous avons vu des malades qui, depuis plusieurs années, n'ont jamais eu

que de la diarrhée, d'autres qui souffrent d'une constipation chronique péniblement combattue par les laxatifs. Des sensations de ballonnement abdominal, des coliques, de véritables douleurs s'ajoutent au tableau clinique. La côlopathie muco-membraneuse n'est parfois qu'une forme clinique de la dyspepsie intestinale.

Il existe aussi une forme de dyspepsie intestinale ou plutôt gastro-intestinale dite flatulente, dont le symptôme caractéristique est l'énorme production de gaz dans tout le tractus digestif. Dès la fin du repas, le malade éprouve un malaise indéfinissable, des bouffées de chaleur au visage, de la pesanteur épigastrique, puis au bout d'une heure environ une sensation de distension générale du ventre et des gargouillements. Le visage congestionné, incapable du moindre effort, il cherche à obtenir, par des renvois qui ne déclenchent qu'un tic aérophagique, le soulagement de ses misères.

Enfin nous avons traité des malades chez qui la dyspepsie intestinale se manifeste avant tout par des troubles de l'état général. Le facies terreux, les joues creuses, les yeux excavés, les malades de ce type réalisent l'habitus extérieur du tuberculeux ou du cancéreux. Ils ne souffrent pas de l'abdomen, ne se préoccupent pas de l'aspect de leurs selles ; ils s'inquiètent beaucoup de leur amaigrissement et de leur affaiblissement progressifs.

Néanmoins leur langue saburrale, leur haleine fétide, leur abdomen creusé et sensible à la palpation, leur foie légèrement hypertrophié et douloureux

témoignent de leur mauvais état digestif ; un interrogatoire bien conduit et l'examen macroscopique des selles démontrent vite d'ailleurs qu'ils sont des entéropathes.

Quelle que soit la nature des troubles fonctionnels observés, il ne faut pas attendre de l'examen physique des indications diagnostiques formelles. Les signes somatiques des dyspepsies intestinales ne sortent guère de la banalité.

L'inspection du ventre fournit des données plus intéressantes. Tantôt l'abdomen est uniformément ballonné, comme dans la dyspepsie flatulente pré-cirrhotique, tantôt il n'est distendu qu'au niveau du cæcum et du côlon droit, comme dans la stase intestinale chronique, tantôt, au contraire, comme dans les diarrhées chroniques cachectisantes, il est étalé ou affaissé, déprimé et laisse apparaître sous sa paroi amincie les anses intestinales en mouvement.

La percussion et surtout la palpation nous donnent quelquefois des signes précieux.

Chez beaucoup de dyspeptiques prédominent des troubles de motricité intestinale : spasme total ou partiel, avec phénomène de la corde côlique, ou bien atonie, avec intestin chiffon, ramassé en un paquet homogène malléable comme de la glaise. L'on constate aussi fréquemment l'existence d'une entéroptose, qui peut être également l'effet ou la cause de la dyspepsie intestinale.

Enfin, il faut ajouter que l'exploration des glandes annexes du tube digestif peut conduire à des re-

marques utiles ; c'est ainsi que la découverte d'une hypertrophie hépatique ou d'une douleur au point pancréatique permettent d'entrevoir la physiopathologie de certaines dyspepsies intestinales.

L'examen macroscopique des selles ajoute peu de renseignements.

En somme, la symptomatologie purement clinique des dyspepsies intestinales se résume en des troubles fonctionnels de l'intestin, douleurs, constipation, diarrhée, flatulences, accompagnés de modifications souvent discrètes de l'abdomen et des selles, et associés à des perturbations plus ou moins profondes de l'état général.

Leur diagnostic.

Nous avons vu que la dyspepsie se manifeste par une symptomatologie moins nettement intestinale. Ses signes physiques, consistent simplement en ballonnement du ventre, spasme ou atonie de l'intestin. Les selles sont souvent d'apparence normale, enfin l'évolution est insidieuse, entrecoupée d'élévations de température, très courtes et toujours légères.

Parmi toutes les méthodes préconisées, trois surtout donnent des renseignements nombreux et précis : la radiologie, le tubage duodénal, et l'analyse coprologique.

La radiologie nous permet d'apprécier à la fois l'intégrité anatomique de l'intestin et la part des troubles moteurs dans la pathogénie des cas observés.

Le tubage du duodénum suivi de l'analyse chimique

du liquide extrait permet l'étude directe des troubles sécrétoires. Connaissant l'importance physiologique de ce segment intestinal, où viennent se mêler les principales sécrétions digestives et où s'accomplit la phase capitale de l'acte digestif, on ne peut considérer ce procédé que comme un moyen capital d'exploration.

Inventé par Einhorn, perfectionné par R. Gaultier, Libert, Chyrai, etc... il constitue, quand on peut le réussir et le renouveler, une méthode précise, complétant heureusement les données de l'examen coprologique.

L'analyse coprologique est le complément nécessaire de l'investigation clinique. Depuis Nothnagel et Combe, d'innombrables travaux ont été consacrés à sa technique et à ses résultats. Elle permet d'apprécier la proportion des divers aliments qui ont échappé à la digestion et de dépister les insuffisances diastasiques, gastrique, duodénale, biliaire, pancréatique. Elle démontre la prédominance protéolytique ou amylolytique de la flore microbienne et la raison des processus de putréfaction et de fermentation alimentaires. Enfin, elle permet de faire, quand il y a lieu, la part de l'inflammation du côlon dans la pathogénie des accidents observés. Elle fournit donc une réponse à nombre de questions que l'examen clinique le plus minutieux ne peut que soulever et est aussi précieuse pour le clinicien dans l'étude des entéropathies, que l'analyse des urines dans celle des néphropathies.

Donc, c'est de la mise en pratique simultanée de ces trois procédés d'exploration qu'est née la conception actuelle des dyspepsies intestinales. A la notion de diarrhée, constipation ou d'entérite à laquelle se sont arrêtés si longtemps les anciens auteurs, se substitue aujourd'hui celle de trouble fonctionnel ou de dyspepsie intestinale. Sans doute, sur ce sujet, ne savons-nous encore que peu de choses et, en raison de la solidarité de toutes les fonctions digestives sommes-nous encore très embarrassés pour établir parmi des faits innombrables, des classifications physio-pathologiques définitives.

Traitement.

Nous avons vu dans notre aperçu physio-pathologique, quelles sont les manifestations et les étiologies des dyspepsies.

Nous avons vu comment la digestion des aliments est mise en train dans l'estomac, mais c'est seulement l'intestin qui accomplit la transformation complète des aliments, qui seulement sous cette forme pourront passer dans la circulation.

Cette transformation se produit grâce à une complexité d'actions physiologiques, tant sécrétoires que motrices.

Le moindre dérèglement de ce mécanisme complexe se traduit par une série de troubles fonctionnels dont l'ensemble réalise les différentes dyspepsies intestinales.

Nous avons aussi insisté, particulièrement, sur les dyspepsies par insuffisance des sécrétions et leur retentissement sur la digestion.

Donc les causes des troubles dyspeptiques sont multiples et résident dans l'insuffisance de digestion des matériaux et dans les réactions intestinales qu'elle peut provoquer.

Nous avons vu la difficulté qu'on rencontre en clinique pour faire le diagnostic étiologique des différentes formes de dyspepsies. Les examens de laboratoires nous apportent par contre des tests biologiques du plus haut intérêt.

Nous passerons rapidement sur les renseignements fournis par la radiologie, car ils intéressent surtout les dyspepsies dites nerveuses. Ce sont surtout les renseignements d'ordre clinique qui vont retenir notre attention.

La recherche des résidus graisseux, musculaires ou hydrocarbonés dans les selles par le dosage clinique, l'épreuve des noyaux de Schmidt nous fixent sur l'activité gastrique et pancréatique.

Récemment on a fait le tubage duodénal pour apprécier l'activité du suc pancréatique. Enfin l'étude de l'acidité ou l'alcalinité des selles nous renseigne sur l'état des fermentations intestinales. Tous ces moyens apportent une double conclusion sur la nature de la substance indigérée et sur celle de la sécrétion déficiente.

Dans le traitement des dyspepsies intestinales nous avons été guidé par les résultats de laboratoire et c'est d'après les résultats d'examen de laboratoire que nous avons été capable de faire une thérapeutique appropriée.

Quelle est la ligne de conduite dans leur traitement ? C'est évidemment leur étiologie et leur forme clinique.

Il ne faut pas oublier que le régime nous est

d'un grand secours et un adjuvant précieux pour la médication.

Quelle est la base de ce régime ?

Il ne diffère nullement de celui de n'importe quelle dyspepsie, quelle que soit son origine.

Il ne faut pas donner des aliments, dont l'examen des selles montre l'indigestion, ne pas donner ceux dont les résidus provoquent des fermentations anormales ; c'est une question de tâtonnement et souvent de prédisposition individuelle.

Mais il ne faut pas se contenter de supprimer les aliments nocifs. Il faut encore choisir les autres. Et il en est qui ont une véritable valeur thérapeutique.

Il y a des substances qui peuvent exciter la sécrétion biliaire et pancréatique. Les peptones et surtout les sucres ont justement cette propriété.

Quand il est possible, le régime doit s'inspirer de ces considérations.

Nous en parlons très rapidement : *aliments interdits* : graisses, fritures, ragoûts, condiments, charcuterie, viande grasse, poissons gras, coquillages, conserves, salades, fromage, ferments, fruits verts.

C'est surtout sur les médicaments que nous allons insister :

Il est évident qu'une dyspepsie intestinale d'origine gastrique, une constipation par hyperchlorhydrie, une diarrhée par hypochlorhydrie exigent un traitement alcalin ou acide, bicarbonate de soude dans le premier cas, solution acido-peptique dans le second.

Mais ce sont surtout les dyspepsies par insuffisance des sécrétions qui attirent notre attention.

On s'occupera de la médication excitante et de la médication substitutive.

Médication excitante.

En cas d'insuffisance pancréatique isolée, comme médication excitante on a préconisé les sels de chaux (surtout le carbonate) qui neutralisent l'acidité et dont le calcium agit comme zymosthénique.

Contre les dyspepsies d'origine biliaire on emploie surtout les cholagogues, parmi lesquels le plus important est la bile.

Puis les alcalins comme fluidifiants de la bile, l'aloès, le podiphyllin, le boldo.

Ensuite le sulfate de magnésie, surtout associé à la peptone et au glucose.

Le sulfate de soude, le bicarbonate de soude.

Médication substitutive.

C'est elle qui doit garder une place prépondérante dans notre travail ; nous avons en effet remarqué, au cours de l'examen de nos malades, que la plupart présentaient des troubles de la sécrétion soit gastrique, soit hépato-pancréatique.

Or, la clinique nous apprend qu'il y a une association très fréquente entre le trouble des sécrétions des

différentes glandes digestives. En effet, nous savons que dans l'achylie gastrique la sécrétion pancréatique souffre très fréquemment, que l'inflammation de la vésicule biliaire va très souvent de pair avec l'achylie gastrique. Cela est compréhensible si l'on réfléchit que les sécrétions des glandes considérées séparément sont coordonnées exactement les unes avec les autres grâce aux réflexes combinés du tube digestif. Aussi, lors des troubles sécrétoires combinés de l'estomac, du pancréas et de la bile, il nous a semblé logique qu'il fallait compenser la diminution de ces sécrétions par l'apport de préparations combinées du suc pancréatique, gastrique et de la bile.

C'est ce qui nous a conduit à faire ce travail.

En effet, nous avons vu que chez nos dyspeptiques il y avait très souvent une association de troubles sécrétoires — troubles que nous avons vérifiés par les examens de laboratoire — c'est-à-dire que nous avons pratiqué chez ces malades soit un tubage gastro-duodénal, qui nous a montré l'existence, soit d'une achylie gastrique, soit une insuffisance de la sécrétion biliaire, soit, ce qui se passait le plus fréquemment, une association des deux troubles.

En outre, l'examen des selles nous a permis de constater, à l'aide de l'épreuve des noyaux de Schmidt, ou du dosage des graisses, ou enfin, à l'épreuve de l'alcalinité ou de l'acidité des selles, l'existence d'une insuffisance de la sécrétion pancréatique.

Mais nous avons été frappé surtout par la coexistence de ces différentes déficiences glandulaires.

Nous avons donc essayé d'employer une médication opothérapique isolée pour chaque glande, pour voir les résultats. Pour la plupart, la thérapeutique avait échoué, parce que nous avons suppléé à l'insuffisance d'une glande sans pour cela suppléer à l'insuffisance des autres. Nous avons pensé qu'il fallait pour cela employer une médication substitutive polyvalente.

Mais la réalisation de cette conception s'est montrée jusqu'ici impossible parce que le suc gastrique, même s'il n'est que faiblement acide, détruit les ferments pancréatiques.

L'administration de sécrétion pancréatique par la bouche s'est constamment montrée inefficace, sauf dans les cas où il existe une achylie gastrique complète.

A vrai dire, on a déjà essayé de protéger les préparations de pancréas contre l'action du suc gastrique, mais il s'agissait là soit d'une sorte de transformation chimique dans laquelle on est obligé d'admettre que le mélange de ferments qui existe dans le pancréas, ne peut demeurer, sans être modifié, soit d'une protection très problématique au moyen d'un revêtement résistant aux acides (kératine) ; ces revêtements, lorsque le produit n'est pas frais, présentent en règle générale des fissures qui rendent la protection illusoire. En outre, ces capsules d'ordinaire ne s'ouvrent pas dans l'intestin, ou s'y ouvrent trop tardivement. Ainsi, les préparations n'ont-elles pas fait leurs preuves dans la pratique.

Les efforts faits pour administrer par la bouche toutes les substances nécessaires à la digestion gastrique et intestinale, associées de telle sorte que chacune d'entre elles parvienne à l'état actif à l'endroit où elle exercera naturellement son activité, ont échoué jusqu'ici sur le problème non résolu jusqu'à l'heure actuelle, qui consiste à faire arriver dans l'intestin les ferments actifs dans cet organe, sans qu'ils soient détruits.

Nous avons lu l'intéressante communication faite à l'Académie de Médecine par MM. Borjet et Raymond Hamet.

Nous avons vu qu'une technique nouvelle mise au point dans le laboratoire de Pharmacologie de Prague, a permis d'associer les différentes médications substitutives sans les inconvénients que nous avons présentés plus haut.

Cette technique consiste à enrober chaque particule d'enzyme dans un mélange d'acides gras, qui résistent au suc gastrique mais sont saponifiés par le suc pancréatique.

MM. Borjet et Hamet ont fait des recherches pour voir comment la trypsine ainsi protégée se comporte d'une part vis-à-vis du suc gastrique, d'autre part vis-à-vis du suc pancréatique.

Les auteurs ont pris une quantité déterminée de trypsine, puis, après avoir soumis des quantités égales de cet enzyme enrobé d'acides gras, d'une part, à l'action du suc gastrique humain, d'autre part, à celle du suc gastrique de chien, ils ont effectué le titrage.

La trypsine, qui a été soumise à l'action du suc gastrique de chien, a subi une diminution d'activité de 30,5 %. Cette trypsine enrobée avait été introduite dans un petit appareil constitué par un tube de verre fermé aux deux extrémités par une fine toile de platine, l'appareil avait été maintenu pendant 24 heures dans l'estomac du chien soumis à son régime alimentaire habituel.

La trypsine enrobée d'acides gras, soumise pendant 24 heures et à 37° à l'action d'un suc gastrique humain, extraite, par tubage, après repas d'épreuve a subi une diminution d'activité de 25,8 %.

D'autre part, après avoir, pendant six heures et à 37° soumis à l'action du suc pancréatique de chien, de la trypsine enrobée d'acides gras, ils avaient constaté que les acides gras avaient été totalement saponifiés.

Les auteurs concluent que l'enrobage de la trypsine par les acides gras soustrait, pratiquement, cet enzyme à l'action du suc gastrique.

En lisant cet article il nous a paru intéressant d'expérimenter chez nos malades dyspeptiques cette médication substituant polyvalente d'après la nouvelle technique.

Nous avons employé pour cela le produit fabriqué par les laboratoires Norgan sous le nom d'Enzypan. Comme nous avons un grand nombre de malades, il nous a été plus aisé de voir quelles étaient les formes de dyspepsies qui réagissaient le mieux à cette médication.

Voici ce que nous avons remarqué :

Après avoir soumis les malades, examinés cliniquement et biologiquement, à un traitement classique par le régime et les médications chimiques appropriées, nous avons noté, tant au point de vue des signes subjectifs qu'à divers autres points de vue, les résultats de l'examen du laboratoire. Chez les malades où nous n'avons remarqué aucune amélioration, même après administration de sécrétions glandulaires, nous avons appliqué la nouvelle thérapeutique polyvalente. Le médicament que nous avons employé se présente sous forme de dragées. Les ferments à action gastrique sont contenus dans l'enveloppe extérieure qui se dissout dans l'estomac, tandis que les substances-actions dans l'intestin : bile de bœuf desséchée, trypsine, diastase et lipase sont renfermées dans le noyau de la dragée qui les met en liberté aussitôt après le passage dans le duodénum.

Nous avons administré ces dragées à raison de 3 par jour au moment des repas, à suivre pendant 10 jours. Nous avons vu que chez les dyspeptiques par déficience pancréatique et gastrique on obtenait les résultats les plus surprenants.

En effet, cette médication substitutive jouait, comme toute opothérapie, en même temps le rôle de médication stimulante, parce que chez certains de nos malades, au bout d'un traitement d'un mois, nous avons constaté une disparition des symptômes morbides, après cessation de tout traitement.

En revanche, nous avons remarqué que dans les

dyspepsies dites nerveuses, par atonie ou hypertonie, nous n'avons pas obtenu les mêmes résultats.

Là, c'est surtout par une médication stimulante ou sédative de la musculature intestinale, que nous avons pu obtenir de réelles améliorations. Faut-il dire pour cela, que dans toute dyspepsie il faut instituer un traitement substitutif ? Non. C'est surtout à la lumière des examens complets de laboratoire et radiologiques qu'il faudra instituer une thérapeutique rationnelle, car nous savons quelle est la complexité des causes de ce syndrome encore mal connu qu'est la dyspepsie intestinale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme R..., 32 ans.

Vient consulter pour troubles gastro-intestinaux assez mal définis.

Eruclatations, ballonnement du ventre après les repas, digestions pénibles, constipation, selles fétides.

A été soumise à un régime sévère, auquel on a ajouté une médication par les sels de magnésium et de soude, sans aucune amélioration.

A l'examen, on ne constate rien d'anormal, sinon un léger météorisme abdominal. L'examen des selles montre une acidité exagérée, et une épreuve des noyaux de Schmidt positive.

Nous concluons à une dyspepsie par insuffisance des sécrétions pancréatiques et gastriques.

On la soumet au traitement par les dragées d'Enzipan à raison de 3 par jour, une avant chaque repas.

Cinq jours après on constate une amélioration notable, du fait que la malade digère bien plus facilement, va régulièrement à la selle; l'appétit revient.

Au dixième jour du traitement la malade est bien améliorée.

On la suit encore aujourd'hui, elle est très contente de son état.

Toutefois on lui fait suivre le traitement à raison de dix jours par mois.

OBSERVATION II

M. B..., 45 ans.

Vient nous consulter pour troubles intestinaux assez mal définis.

Digestions pénibles, constipation, selles fétides.

Le malade a été soumis par son médecin traitant à un régime sévère, auquel on a ajouté une médication par les sels de magnésium et de soude, sans aucune amélioration.

A l'examen, on ne constate rien d'anormal. L'examen des selles montre une acidité exagérée et une épreuve des noyaux de Schmidt positive.

Nous concluons à une dyspepsie par insuffisance des sécrétions pancréatique et gastrique.

On le soumet au traitement par les dragées d'Enzipan à raison de 3 par jour, une avant chaque repas.

Dix jours après on constate une amélioration notable, du fait que le malade digère bien plus facilement, va régulièrement à la selle; l'appétit revient.

Au vingtième jour du traitement le malade est bien amélioré.

On le suit encore aujourd'hui et on lui fait suivre le traitement à raison de dix jours par mois.

OBSERVATION III

M. D..., 37 ans.

Vient nous consulter pour une diarrhée fétide, très marquée, qui persiste depuis deux mois et qui n'a cédé à aucune médication. Il se plaint en outre d'anorexie globale, et d'amaigrissement. Il aurait maigri de 3 kilos en un mois.

Il a été traité par les médications antidiarrhéiques et

par le régime, mais sans qu'une légère amélioration apparaisse.

L'examen ne montre rien d'anormal.

Nous avons pratiqué un examen radioscopique après lavement baryté. L'examen des selles nous montre une acidité très marquée, le dosage des graisses montre une grosse augmentation et une épreuve des noyaux positive. Le tubage gastrique révèle l'existence d'une hypochlorhydrie gastrique.

En somme, dyspepsie intestinale, par insuffisance gastro-pancréatique. Nous le soumettons d'abord au régime réduit en hydrates de carbone et aux sels de soude et magnésie. Pas d'amélioration. Nous prescrivons alors un traitement par l'Enzipan pendant huit jours.

Nous associons les sels de soude, notamment le bicarbonate, l'amélioration est plus marquée. La diarrhée a tendance à disparaître. Les selles sont presque normales et non fétides.

Au bout de quinze jours il mange mieux, mais présente de temps en temps de petites poussées diarrhéiques. Nous avons vu le malade deux mois après et il nous dit qu'il mène actuellement une vie à peu près normale.

OBSERVATION IV

M. M..., 54 ans, manœuvre.

Vient nous consulter pour troubles digestifs caractérisés par anorexie, pituites matinales, vomissements tardifs après les repas, ballonnement du ventre. Il nie tout étylisme.

Son médecin le traite par les alcalins, notamment par le bicarbonate de soude et par des extraits hépatiques. Amélioration progressive, mais retour des troubles sans qu'il soit amélioré après par la même médication.

A l'examen, le foie paraît normal. Pas de douleurs à la pression des masses musculaires, léger subictère des

conjonctives. Le tubage duodénal montre une hypochlorhydrie et une insuffisance de la sécrétion biliaire. L'examen des selles ne montre rien d'anormal sinon une alcalinité très marquée. On soumet le malade au traitement par l'Enzipan.

Les premiers jours il paraît amélioré, seulement au bout du sixième jour il présente une légère diarrhée. Nous associons au traitement 15 gouttes d'acide chlorhydrique. Un mieux évident ne tarde pas à se montrer, et à l'heure actuelle, le malade se sent très bien, malgré qu'il ait interrompu son traitement depuis un mois.

OBSERVATION V

M. C..., livreur, 25 ans.

Vient nous consulter pour troubles gastro-intestinaux assez mal définis.

Eructations, ballonnement du ventre après les repas; digestions pénibles, constipation, selles fétides.

Il a été soumis à un régime sévère — auquel on a ajouté une médication par les sels de magnésium et de soude — sans aucune amélioration.

A l'examen, on ne constate rien d'anormal, sinon un léger météorisme abdominal. L'examen des selles montre une acidité exagérée, et une épreuve des noyaux de Schmidt positive.

Nous concluons à une dyspepsie par insuffisance des sécrétions pancréatiques et gastriques.

On préconise le traitement par les dragées d'Enzipan à raison de 3 par jour, une avant chaque repas.

Quinze jours après on constate une amélioration notable, du fait que le malade digère bien plus facilement, va régulièrement à la selle, l'appétit revient.

Au vingtième jour du traitement le malade est bien amélioré.

On le suit encore aujourd'hui, il est content de son état.

Toutefois on lui fait suivre le traitement à raison de dix jours par mois.

OBSERVATION VI

Mme L..., 21 ans, vendeuse.

Entre dans le service pour troubles digestifs, caractérisés par pituite matinale, pyrosis, vomissements tardifs après les repas, ballonnement du ventre.

A été traitée par les alcalins, notamment par le bicarbonate de soude. Amélioration progressive, mais retour des troubles, sans qu'ils soient améliorés après par la même médication.

A l'examen, rien d'anormal. Le tubage duodénal montre une hypochlorhydrie et une insuffisance de la sécrétion biliaire. L'examen des selles ne montre rien d'anormal, sinon une alcalinité très marquée.

On soumet la malade au traitement par l'Enzipan.

Amélioration de son état, mais au bout de six jours du traitement, elle présente une légère diarrhée. Nous associons au traitement 15 gouttes d'acide chlorhydrique. Un mieux évident ne tarde pas à se montrer. La malade se sent très bien.

OBSERVATION VII

M. G..., 32 ans, chauffeur.

Vient consulter pour une diarrhée fétide, très marquée, qu'il présente depuis deux mois et qui n'a cédé à aucune médication. Il se plaint, en outre, d'anorexie globale et d'amaigrissement. Il aurait maigri de 4 kilos 500 en un mois. Il a été traité par son médecin par la médication antidiarrhéique et par le régime, mais sans qu'une amélioration apparaisse.

L'examen ne montre rien d'anormal. Nous avons pratiqué un examen radioscopique après lavement baryté. L'examen des selles nous montre une acidité marquée, l'épreuve des noyaux est positive.

Le tubage gastrique révèle l'existence d'une hypochlorhydrie gastrique. En somme, dyspepsie intestinale par insuffisance gastro-pancréatique.

Nous le soumettons d'abord au régime réduit en hydrates de carbone et aux sels de soude et magnésie. Pas d'amélioration.

Nous prescrivons alors un traitement par l'Enzipan pendant huit jours. La diarrhée paraît s'améliorer, mais l'anorexie persiste. Nous associons alors une médication par les sels de soude. L'amélioration est bien plus marquée. La diarrhée a tendance à disparaître. Les selles sont normales et non fétides.

Au bout de vingt jours il mange mieux et son appétit revient.

Nous avons vu le malade un mois après, sa guérison persiste.

OBSERVATION VIII

Mme G..., 36 ans.

Vient consulter pour une constipation qui persiste. Elle se plaint en outre d'anorexie, de pituite matinale; la malade a l'impression de « rendre de l'eau chaude » sans goût ni acidité; elle se plaint de nausées, aussi bien au réveil qu'après les repas; elles n'ont pas abouti au vomissement. La malade se plaint d'aigreurs deux à trois heures après manger. Elle a été traitée par son médecin par les sels de magnésium et de soude sans aucune amélioration.

Examen. — A la palpation, le point épigastrique est douloureux, le foie congestionné. Elle présente une certaine pigmentation du visage et une tendance au sommeil.

L'examen des selles montre une acidité exagérée et l'épreuve des noyaux de Schmidt est positive.

Nous concluons à une dyspepsie par insuffisance des sécrétions pancréatiques et gastriques.

On la soumet au traitement par les dragées d'Enzipan, à raison de 3 par jour, une avant chaque repas. Cinq jours après, amélioration notable du fait que la malade digère bien plus facilement et commence à aller plus régulièrement à la selle. L'appétit revient.

Au quinzième jour du traitement la malade est bien améliorée.

On la suit encore aujourd'hui, elle est très contente de son état.

OBSERVATION IX

Mme S..., 27 ans, dactylo.

Vient consulter pour un ensemble de troubles assez complexes.

C'est tout d'abord une anorexie tenace pour tous les aliments.

Elle présente après les repas un ballonnement rapide de l'estomac avec tendance au sommeil, fatigues, vertiges, palpitations, parfois quelques renvois acides.

C'est avant tout une émotive; la moindre contrariété la met dans un état d'excitation assez marquée avec tremblements et un retour tardif à l'état normal.

Mal réglée.

Nous ne lui trouvons pas de signes de Basedow. Cœur normal. L'examen de l'appareil digestif ne montre qu'une hyperchlorhydrie révélée par le tubage. Pas de signes de déficience pancréatique. Nous avons institué chez elle le traitement suivant : régime classique de dyspeptique modifié d'après la méthode de Sigard, c'est-à-dire que nous lui avons donné un véritable repas, dès le matin au réveil, un second à l'heure du déjeuner et un plus court à l'heure du dîner de sept heures. Enfin, nous avons

essayé de combattre son anorexie par les amers. Nous lui avons donné, en outre, les alcalins pour combattre son hyperchlorhydrie.

Légère amélioration, assez durable, mais son anorexie persiste.

Nous lui donnons alors de l'Enzipan pour le suc gastrique qu'il contient. Traitement suivi pendant deux périodes de dix jours.

Nous avons obtenu une rémission assez importante de son anorexie, mais pour son hyperchlorhydrie et les autres troubles nous avons dû associer les alcalins.

Nous n'avons pu, malheureusement, suivre cette malade, car elle est partie en province et ne nous a pas donné de ses nouvelles.

OBSERVATION X

Mme L..., 26 ans, couturière.

Vient nous consulter pour troubles digestifs, caractérisés par l'apparition du bourrelet hémorroïdal, qui entraîne des troubles de dyspepsie. Les caractères de la dyspepsie nous montrent : anorexie, ballonnements immédiat après les repas, troubles vaso-moteurs, fatigue générale; puis au bout de deux heures, apparition de pyrosis, douleurs épigastriques intenses, avec oppression, palpitations.

Elle a été traitée par son médecin, par le régime sévère, auquel on a ajouté une médication par les sels de magnésium. Pas d'amélioration.

A l'examen, rien d'anormal. Les selles nous montrent une acidité exagérée et une épreuve des noyaux de Schmidt est positive.

On la soumet au traitement par les dragées d'Enzipan, à raison de 3 par jour, une avant chaque repas.

Cinq jours après on constate une amélioration notable.

Au dixième jour du traitement la malade est bien amé-

liorée. Toutefois, on lui fait suivre son traitement à raison de dix jours par mois.

OBSERVATION XI

M. L..., 56 ans.

Vient nous consulter pour troubles gastro-intestinaux. Digestion pénible, constipation, selles fétides.

Son médecin le traite par les médications de sels de magnésium et un régime assez sévère.

Pas d'amélioration dans son état.

En examinant le malade on ne constate rien d'anormal. L'examen des selles, que nous avons pratiqué et une épreuve des noyaux de Schmidt, nous montre : une acidité exagérée des selles, épreuve positive.

Nous mettons comme diagnostic, dyspepsie par insuffisance des sécrétions pancréatique et gastrique.

On soumet le malade au traitement par les dragées d'Enzipan, à raison de 3 par jour, une avant chaque repas.

On fait revenir le malade dix jours après et on constate une amélioration notable, du fait que le malade digère bien plus facilement, va régulièrement à la selle.

On le suit encore aujourd'hui. Toutefois on lui fait suivre son traitement à raison de dix jours par mois.

OBSERVATION XII

Mme B..., 35 ans.

Vient nous consulter pour troubles gastro-intestinaux assez mal définis. Digestion pénible, nausées, aussi bien au réveil qu'après les repas; mais rarement elles aboutissent au vomissement. La malade se plaint d'aigreurs, deux à trois heures après le manger. Très souvent constipée, les selles sont fétides.

A été soumise à un régime sévère, auquel nous avons ajouté une médication par les sels de soude. Pas d'amélioration.

A l'examen, léger météorisme abdominal. L'examen des selles nous montre une acidité remarquable, une épreuve des noyaux de Schmidt donne un résultat positif. On préconise le traitement par les dragées d'Enzipan, à raison de 3 par jour, une avant chaque repas.

Cinq jours après, amélioration notable. Au quinzième jour du traitement la malade est bien améliorée, digère bien plus facilement, va régulièrement à la selle, l'appétit revient.

OBSERVATION XIII

M. P..., 19 ans.

Vient consulter pour troubles dyspeptiques intermittents, qui s'accompagnent de douleurs angoissantes péri-ombilicales avec pâleur du visage; enfin, les vomissements sont fréquents. Hyperchlorhydrie importante, diarrhée et selles fétides. Il a été traité par les médications antidiarrhéiques et par régime, sans succès.

L'examen ne montre rien d'anormal. L'examen des selles nous montre une acidité importante.

Nous commençons le traitement par l'Enzipan pendant douze jours.

L'état du malade s'améliore. Au bout de quinze jours il mange mieux et commence à mener actuellement une vie à peu près normale.

OBSERVATION XIV

M. Z..., 37 ans.

Vient consulter pour une diarrhée fétide très marquée et qui n'a cédé à aucune médication.

Il se plaint d'anorexie globale et d'amaigrissement. Il aurait maigri de 2 kilos en quinze jours. Son médecin

lui a donné comme traitement la médication antidiarrhéique et le régime, mais sans qu'une légère amélioration apparaisse.

Nous avons pratiqué un examen radioscopique après lavement baryté, qui nous a montré un hyperstaltisme intestinal. L'examen des sellès montre une acidité très marquée. L'épreuve des noyaux est positive. Le tubage gastrique révèle l'existence d'une hypochlorhydrie gastrique. En résumé, dyspepsie intestinale par insuffisance gastro-pancréatique. Nous le soumettons d'abord au régime réduit en hydrates de carbone et aux sels de soude et magnésium. Pas d'amélioration notable. Nous prescrivons alors un traitement par l'Enzipan pendant huit jours.

La diarrhée paraît alors s'améliorer, mais l'anorexie persiste. Nous associons alors une médication par les sels de soude. L'amélioration est plus marquée. La diarrhée a tendance à disparaître. Les selles sont presque normales et non fétides.

Au bout de vingt jours, mange mieux, mais présente de temps en temps de petites poussées diarrhéiques.

Nous avons vu le malade deux mois après, il nous dit qu'il mène actuellement une vie à peu près normale.



Conclusions.

1° Les dyspepsies intestinales constituent un syndrome morbide, encore assez mal connu.

2° Beaucoup d'entre elles reconnaissent comme cause une déficience des sécrétions gastrique, pancréatique ou biliaire, le plus souvent associées.

3° Leur traitement par les médicaments substitutifs associés semble avoir donné des résultats, surtout dans les formes organiques.

4° Les résultats sont moins précis dans les dyspepsies dites « nerveuses ».

5° L'administration de cette médication associée étant facilement absorbable par les malades et les résultats assez encourageants on peut l'introduire dans la pratique médicale.

Vu : le Président de la thèse,
LOEPER.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Arbeit. — Thèse, 1924.

Paris Médical. — 25 janvier 1930.

Roux. — Path. gastro-intestinale.

See (G.). — Dyspepsies.

Ramond (F.). — Maladies de l'estomac et du duodénum.

Loeper. — Les réactions gastro-coliques (*Paris Médical*,
7 juin 1913).

Timbal. — Les diarrhées chroniques, 1922.

Vainderhof. — Diagnostic et traitement de la diarrhée
d'origine gastrique.

Urrutia. — La diarrhée dans l'achylie gastrique.

Portier (P.) et Bierry (H.). — Soc. de Biol., 20 juillet 1908.

Sisto (P.). — Archivio di fisiol., 1909.

Réaumur. — Digestion des oiseaux.

Spa Manzani. — Opuscules de physique animale et végétale.

Morat et Doyon. — Traité de physiologie.

Gilly (E.) et Lembling (E.). — Revue biol. du Nord de la
France.

Gley. — Traité de physiologie.

Etienne (G.). — Dyspepsies intestinales.

Gauthier (R.). — Précis de coprologie clinique.

Goiffon (R.). — Manuel de coprologie clinique.

Loeper. — Tube digestif.

Nemetz (Dr). — Deutsche Medizinische Wochenschrift,
n° 25, 1928.

Schweizeniche Medizinische Wochenschrift. — 59° année,
n° 10, p. 293.

Fischl (Dr). — Medizinische Klinik., 21° année, 1928,
n° 18.

1648. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-32
